

DECRETO Nº 4.051, de 11 de maio de 2010.

Regulamenta a Lei 2.296, de 11 de março de 2010, que dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins – PLANSAÚDE e o Fundo de Assistência à Saúde dos servidores do Estado do Tocantins – FUNSAÚDE.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 40, inciso II, da Constituição do Estado e com fulcro no art. 39, da Lei 2.296, de 11 de março de 2010,

DECRETA:

Art. 1º É regulamentada a Lei 2.296, de 11 de março de 2010, com as regras de funcionamento do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins – PLANSAÚDE, na conformidade do Anexo Único a este Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Araguaia, em Palmas, aos 11 dias do mês de maio de 2010; 189º da Independência, 122º da República e 22º do Estado.

CARLOS HENRIQUE AMORIM
Governador do Estado

Eugênio Pacceli de Freitas Coelho
Secretário de Estado da Administração

Antonio Lopes Braga Júnior
Secretário-Chefe da Casa Civil

ANEXO ÚNICO AO DECRETO Nº 4.051, de 11 de maio de 2010.

REGULAMENTO DA LEI 2.296, DE 11 DE MARÇO DE 2010, QUE DISPÕE SOBRE O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO TOCANTINS – PLANSAÚDE E O FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO TOCANTINS – FUNSAÚDE

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins – PLANSAÚDE se constitui em plano público estatal que tem por finalidade garantir assistência à saúde para seus assistidos, por meio dos serviços de medicina preventiva, curativa e suplementar e do tratamento odontológico.

Art. 2º A Secretaria da Administração é a unidade gestora do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins – PLANSAÚDE.

§ 1º A Secretaria da Administração baixará outras normas necessárias que tenham por objetivo dotar o Plano dos instrumentos necessários para o atendimento eficaz e eficiente de seus assistidos.

§ 2º Cumpre ainda à Unidade

Gestora: I – fiscalizar o funcionamento

do Plano;

II – exercer o controle das informações repassadas pelos órgãos do Estado;

III – arrecadar toda e qualquer importância devida ao PLANSAÚDE;

IV – verificar registros, apontamentos, dossiês, folha de pagamento, bem assim, qualquer outro documento que se faça necessário, referente aos assistidos de qualquer condição, inclusive junto à sua unidade de lotação.

Art. 3º O PLANSAÚDE oferece:

I – consultas médicas, ambulatoriais e hospitalares eletivas e atendimento emergencial;

II – exames de diagnósticos e de tratamento;

III – internamentos eletivos e emergenciais clínicos, cirúrgicos e obstétricos e em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, com cobertura integral;

IV – tratamento odontológico;

V – sessões nas especialidades de nutrição, psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Art. 4º O PLANSAÚDE assegura ao assistido a cobertura de:

I – atendimento médico, clínico, ambulatorial e hospitalar, eletivo ou de emergência, exames complementares e de alta complexidade, internações eletivas e emergenciais clínicas, cirúrgicas e obstétricas;

II – internação em unidade ou centro de terapia intensiva; III

– assistência odontológica;

IV – assistência de serviços suplementares mediante sessões em nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia.

§ 1º Aplica-se a Listade Procedimentos Médicos 1999 na hipótese de procedimento não previsto na Lista de Procedimentos Médicos 1996 ou na Tabela de Honorários Médicos de 1992 da Associação Médica do Brasil, AMB, em todos os casos com os ajustes de cobertura e preços estabelecidos na Lei 2.296/10.

§ 2º Em casos excepcionais, mediante justificativa em ato motivado, a unidade gestora do PLANSAÚDE poderá praticar preços diferentes dos valores estabelecidos nas tabelas de que trata o parágrafo anterior, ou na tabela de preços para assistência médica e hospitalar.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS DE GESTÃO DO PLANSAÚDE

Art. 5º São Princípios que orientam a gestão do PLANSAÚDE:

I – custeio, mediante:

a) contribuição do Estado;

b) pagamento, por parte de seus titulares, da correspondente contribuição, incluída aqui as referentes a eventuais dependentes indiretos, e da comparticipação;

II – gestão e supervisão estatal;

III – fiscalização pelos titulares;

IV – universalidade das contribuições;

V – alteração dos planos de custeio e cobertura mediante cálculo atuarial;

VI – equilíbrio financeiro e atuarial;

VII – legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Art. 6º A operacionalização do PLANSAÚDE poderá ser outorgada a pessoa jurídica de direito privado, mediante processo licitatório próprio, atendida as regras do competente instrumento convocatório, seus termos de referência, das instruções normativas pertinentes, deste Regulamento e da legislação estadual vigente.

CAPÍTULO III DO ASSISTIDO

Art. 7º É assistido do PLANSAÚDE na qualidade de: I

– titular, o:

a) servidor público ativo ou inativo;

b) militar do Estado, ativo ou inativo;

c) membro de Poder do Estado, do Tribunal de Contas e do Ministério Público, ativo ou inativo;

d) agente político;

e) detentor de mandato eletivo, no âmbito dos Poderes do Estado;

f) pensionista do Regime Próprio de Previdência Social – RPPS; II

– dependente direto:

a) o cônjuge, a companheira ou o companheiro;

b) o filho menor de 18 anos não emancipado, inclusive no curso do processo de adoção;

c) o filho curatelado, desde que a incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade;

d) o filho inválido solteiro, maior de 18 anos, desde que a invalidez tenha ocorrido durante a menoridade;

III – dependente indireto:

a) o filho maior de 18 e menor de 21 anos;

b) os pais;

c) o irmão não emancipado menor de 18 anos;

d) o irmão solteiro inválido ou incapaz, maior de 18 anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade.

§ 1º Equipara-se a filho, para os efeitos deste artigo o enteado e o menor sob tutela ou guarda judicialmente decretadas.

§ 2º Compreendem-se, também, entre os titulares os:

I – que se encontrem legalmente afastados ou licenciados sem remuneração;

II – serventuários da justiça inativos cujos proventos ou pensões sejam custeados pelo RPPS.

§ 3º Considera-se:

I – companheira ou companheiro, a pessoa que mantenha união estável com o(a) titular do Plano;

II – união estável, aquela configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida entre homem e mulher, com o objetivo de constituição de família.

Art. 8º Ao assistido é fornecido documento de identificação.

Parágrafo único. A unidade gestora define os modelos e as condições de utilização do documento de identificação de que trata este artigo.

Art. 9º A mudança da condição de dependente direto para dependente indireto é automática, cumprindo ao titular, se o desejar, requerer a correspondente exclusão.

CAPÍTULO IV DA INSCRIÇÃO

Art. 10. A inscrição do titular efetiva-se mediante assinatura de termo de adesão, que poderá ser firmado a partir:

I – do exercício, para o ocupante de cargo público;

II – da posse, para o ocupante de cargo eletivo, no âmbito dos Poderes do Estado;

III – da inclusão, para o militar do Estado;

IV – da vigência do ato de concessão de aposentadoria ou pensão, para o inativo ou pensionista.

Parágrafo único. A adesão do titular implica em:

I – concordância com as regras do PLANSAÚDE;

II – autorização para consignar em folha de pagamento a taxa de inscrição, a contribuição mensal, incluída aqui as referentes a eventuais dependentes indiretos e a comparticipação.

Art. 11. Cabe ao titular promover a inscrição do dependente.

Parágrafo único. Não poderá ser inscrito como dependente aquele que perceba remuneração ou subsídio em valor superior ao do titular.

Art. 12. As adesões e inscrições formalizam-se mediante comprovação documental na conformidade de instrução normativa baixada pela unidade gestora do PLANSAÚDE.

CAPÍTULO V DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO Art.

13. É cancelada a inscrição do:

I – titular, pelo falecimento, pela perda do status ou a requerimento próprio; II

– dependente direto:

a) cônjuge, se desfeita a união conjugal;

b) companheiro ou companheira, pela retratação da indicação feita pelo titular, pela cessação da união estável ou pela convolação de núpcias;

c) filhos menores, pela emancipação ou implemento da maioridade civil;

d) filho maior, curatelado, com o fim da curatela ou pela cessação da invalidez;

e) daquele que se encontre sob guarda do titular, quando do fim desta;

III – dependente indireto:

a) filho, a partir dos 21 anos;

b) pais, pelo falecimento ou retratação do titular;

c) irmão, pela emancipação, cessação da invalidez ou da incapacidade.

Art. 14. A perda da condição de titular:

I – implica o cancelamento da inscrição do dependente, ressalvado ao dependente do titular falecido, como tal já inscrito no Plano, o direito de permanecer inscrito no PLANSAÚDE;

II – decorrente de exoneração:

a) anterior ao recolhimento das 12 primeiras contribuições, gera para o titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas consigo e dependentes, compensadas as contribuições do período, garantida a opção pelo pagamento das contribuições vincendas, caso em que é devido, também, a comparticipação;

b) posterior ao recolhimento das 12 primeiras contribuições, gera para o titular a obrigação de pagar a comparticipação.

Art. 15. A perda da condição de titular decorrente de exoneração implica em consignação em folha de pagamento, em cota única, quando do recebimento, por parte do assistido exonerado, de eventuais valores referentes a subsídio, remuneração, saldo de subsídios ou de remuneração, gratificação natalina ou férias:

I – dos débitos decorrentes do cancelamento da inscrição, em especial aquele de que dispõe o inciso II do art. 14 deste Regulamento, acrescido de qualquer outro eventual débito em favor do plano;

II – de outros débitos existentes na data da exoneração.

Art. 16. A retratação da inscrição gera para o titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período.

Art. 17. O cancelamento da inscrição não gera ao titular o direito de haver as importâncias pagas.

Art. 18. O débito do inadimplente que perdeu o status de titular é inscrito na dívida ativa do Estado.

CAPÍTULO VI DA CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR

Seção I

Do Fato Gerador e do Valor da Contribuição

Art. 19. Constitui fato gerador da contribuição do titular o implemento do direito deste ao subsídio ou remuneração após firmar o requerimento de adesão.

Art. 20. A contribuição mensal do titular é fixada em 6% sobre o correspondente subsídio ou remuneração, reduzida a 4% quando o assistido não inscrever dependente, não sendo possível o alcance de valor:

I – inferior ao resultante da aplicação do percentual fixado no inciso I deste artigo, incidente sobre o menor subsídio ou gratificação, em regime de 40 horas semanais;

II – superior a 10 vezes à menor contribuição.

Art. 21. A contribuição do titular que se encontre legalmente afastado ou licenciado sem remuneração, bem assim, qualquer outro débito deste em favor do PLANSAÚDE devem ser efetivados por meio de depósito bancário identificado ou de boleto bancário, realizado até o dia 15 de cada mês.

§ 1º A contribuição do titular legalmente afastado, inclusive em licença sem remuneração, corresponde à soma das quantias a cargo do servidor e do Estado.

§ 2º Não se aplica o parágrafo anterior ao beneficiado com auxílio-doença no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, caso em que a contribuição se restringe à quantia devida pelo servidor.

§ 3º Cessado o afastamento, os valores de que trata este artigo passam a ser consignados em folha de pagamento.

Seção II

Da Contribuição por Dependente Indireto

Art. 22. São fixados os seguintes valores para contribuição, aplicáveis a cada dependente indireto, observado o critério de idade:

I	–	de 0 a 18 anos,	R\$	52,93;
II	–	de 19 a 28 anos,	R\$	53,75;
III	–	de 29 a 38 anos,	R\$	67,01;
IV	–	de 39 a 43 anos,	R\$	78,59;
V	–	de 44 a 48 anos,	R\$	79,13;
VI	–	de 49 a 53 anos,	R\$	104,22;
VII	–	de 54 a 58 anos,	R\$	108,89;
VIII	–	igual ou acima de 59 anos,	R\$	168,67.

Art. 23. A contribuição de que trata este artigo é devida no primeiro dia do mês subsequente ao da inscrição do dependente indireto.

Seção III

Da Comparticipação

Art. 24. A comparticipação corresponde aos seguintes percentuais, incidentes sobre o valor total das despesas com os procedimentos utilizados, escalonados em conformidade com o subsídio ou remuneração do assistido:

I – 15%, até R\$ 1.020,00, limitado a R\$ 300,00;

II – 20%, de R\$ 1.020,01 a R\$ 3.000,00, limitado a R\$ 500,00;

III – 25%, de R\$ 3.000,01 a R\$ 5.100,00, limitado a R\$ 700,00;

IV – 27%, superior a R\$ 5.100,00, limitado a R\$ 780,00.

Art. 25. Observado o disposto no art. 24 deste Regulamento, o pagamento da comparticipação ocorrerá em parcelas mensais e iguais correspondentes a 25% dos respectivos limites.

§ 1º A requerimento, os valores da comparticipação poderão ser pagos em parcela única mediante consignação em folha, depósito identificado ou boleto bancário.

§ 2º A comparticipação de que trata este artigo é devida a partir da data do respectivo lançamento.

Seção IV

Da contribuição do Oriundo de Outro Plano

Art. 26. A primeira contribuição do titular oriundo de outro Plano se dará nos termos e prazos estabelecidos na Lei 2.296/10, neste Regulamento e nas instruções normativas que venham a ser baixadas.

Parágrafo único. O PLANSAÚDE não se responsabiliza por eventual consignação de contribuição devida ao Plano em concorrência com contribuição ao plano de origem em um mesmo mês.

Seção V

Da Taxa de Inscrição

Art. 27. O valor da taxa de inscrição é definido pela Unidade Gestora.

Parágrafo único. O pagamento da taxa de que trata este artigo se dará mediante consignação em folha de pagamento, depósito identificado ou boleto bancário, e é devido no primeiro dia do mês subsequente ao da adesão do titular ou da inscrição do dependente.

CAPÍTULO VII DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Art. 28. A fruição das coberturas do PLANSAÚDE tem os seguintes prazos de carência:

I – 60 dias para consultas, exames laboratoriais e radiologia simples;

II – 90 dias para procedimentos ambulatoriais, hospitalares, na área médica;

III – 120 dias para exames especiais ou de alta-complexidade;

IV – 180 dias para procedimentos odontológicos e terapias;

V – 270 dias para parto;

VI – 730 dias para cobertura de doenças ou lesões congênitas ou preexistentes, declaradas ou não.

§ 1º É vedada a antecipação de contribuição como forma de abreviar prazo de carência.

§ 2º O prazo de carência tem termo inicial fixado:

I – para titular e dependentes inscritos conjuntamente, na data do pagamento da primeira contribuição;

II – para dependente direto inscrito posteriormente ao titular, na existência de outros dependentes já inscritos, na data de pagamento da taxa de inscrição;

III – para dependente indireto inscrito posteriormente ao titular, na data do pagamento da taxa de inscrição acrescida da primeira contribuição.

§ 3º O servidor que reingressar no serviço público do Estado no prazo máximo de 90 dias, contados a partir de sua exoneração, e que aderir ao Plansaúde no prazo máximo de 30 dias após a nova investidura, aproveita a carência cumprida na adesão anterior, desde que acolha a cobrança dos débitos relacionados à mensalidade e comparticipação

Art. 29. Não aproveita os prazos de carência já cumpridos o dependente inscrito em data posterior à adesão do respectivo titular.

1º Excetua-se do disposto neste artigo tão somente o dependente recém nascido ou recém casado, inscritos em até 30 dias da data do nascimento ou do casamento.

2º O dependente que passe à condição de titular do Plano aproveita os prazos de carência que já tenha cumprido o titular do qual dependia.

3º O aproveitamento de carência de que dispõe o parágrafo anterior tem caráter personalíssimo e não aproveita a eventuais dependentes que venham a ser inscritos no plano mesmo que recém nascido ou recém casado.

Art. 30. Os prazos de carência cumpridos em outros planos são aproveitados pelos assistidos deles oriundos, no que se referem aos procedimentos de consultas, exames laboratoriais e radiologia simples.

Parágrafo único. O disposto neste artigo beneficia o titular e seus dependentes desde que:

I – a correspondente inscrição no PLANSAÚDE ocorra em até 30 dias após o desligamento do plano original;

II – eventuais dependentes inscritos no PLANSAÚDE também tenham sido anteriormente inscritos no plano originário.

Art. 31. Cumpre ao titular comprovar:

I – a data em que se iniciou a contagem do prazo de carência no plano originário;

II – a data de desligamento do plano originário;

III – que os eventuais dependentes que deseja inscrever no Plano já se encontravam inscritos no plano originário.

CAPÍTULO VIII DA UTILIZAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Art. 32. Cabe ao assistido escolher o profissional, a clínica, o laboratório, o ambulatório ou o hospital credenciado pela operadora.

Art. 33. Não serão pagos serviços realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento, nas instruções normativas pertinentes e na legislação estadual vigente, ou mediante ato ou negócio jurídico suscetível de invalidação.

Art. 34. A internação pressupõe acomodação coletiva, cabendo ao titular o ônus de eventual diferença de preço em acomodação superior e a complementação dos honorários médicos, em conformidade com o sistema de negociação próprio da unidade de internamento.

§ 1º O PLANSAÚDE não se responsabiliza:

I – pelo pagamento de despesas extraordinárias de qualquer natureza realizadas pelo assistido internado;

II – por qualquer acordo ajustado particularmente pelo assistido com hospitais, entidades ou médicos, filiados ou não.

§ 2º Em hipótese alguma haverá reembolso ou ressarcimento de qualquer quantia que o titular venha a pagar diretamente ao prestador de serviços, filiado ou não.

CAPÍTULO IX DAS PENALIDADES

Art. 35. A utilização irregular do PLANSAÚDE sujeita o assistido ou dependente:

I – ao ressarcimento integral das despesas;

II – à reparação do dano;

III – à pena de:

a) advertência escrita por falta leve;

b) suspensão entre 90 a 360 dias por falta grave;

c) exclusão por falta gravíssima.

Art. 36. Considera-se:

I – falta leve:

a) deixar de apresentar documento exigido na forma e prazo estabelecidos;

b) causar prejuízo ao PLANSAÚDE ou assistido, desde que o ato omissivo ou comissivo não constitua falta grave ou gravíssima;

II – falta grave:

a) beneficiar-se do PLANSAÚDE sem a correspondente contribuição;

b) omitir informação da qual possa decorrer prejuízo para o PLANSAÚDE ou assistido;

c) recusar-se à perícia médica ou odontológica quando exigida;

d) reincidir em infração punível com advertência; III

– falta gravíssima:

a) utilizar ou permitir a utilização fraudulenta do documento de identificação do beneficiário;

b) prestar ou omitir informação que possibilite a inscrição indevida no PLANSAÚDE ou sua utilização ilegal;

c) reincidir em infração punível com suspensão.

Parágrafo único. A cominação de pena na conformidade deste artigo não afasta a obrigação de ressarcimento de eventuais prejuízos nem o pagamento de eventuais débitos em favor do Plano.

Art. 37. As penas previstas nos incisos II e III do caput do art. 36 deste Regulamento serão aplicadas em obediência ao devido processo legal.

§ 1º A pena imposta com a respectiva motivação serão assentadas em registro próprio.

§ 2º Cópia do procedimento apuratório é remetida ao:

I – órgão de lotação do assistido;

II – Ministério Público quando a infração também configurar crime.

Art. 38. A suspensão do beneficiário induz a da contribuição, enquanto perdurar, e novo período de carência para a restauração dos benefícios.

Art. 39. O assistido excluído somente pode restaurar a sua inscrição e a de seus dependentes, ao cabo de dois anos, sujeitando-se a novo período de carência.

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40. O pensionista:

I – que se encontrava inscrito como dependente no plano, ao evento da morte do titular, tem seu vínculo prorrogado automaticamente a partir da vigência do ato de concessão da pensão, na condição de titular;

II – que assuma a condição de titular, na conformidade do inciso anterior, não poderá inscrever dependentes;

III – que não se encontrava inscrito como dependente no Plano, ao evento da morte do titular, não poderá inscrever-se no PLANSAÚDE.

§ 1º No caso de falecimento do titular, eventuais débitos serão cobrados do benefício da pensão, mediante consignação até a efetiva quitação.

§ 2º Cumpre aos pensionistas a quitação de débitos em favor do PLANSAÚDE deixados pelo titular falecido, devendo a unidade gestora praticar as diligências necessárias para a correspondente cobrança.

Art. 41. Obriga-se a recolher sua contribuição diretamente à conta bancária do FUNSAÚDE, juntamente com a devida pelo Estado:

I – o assistido à disposição da União, dos demais Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ou licenciados ou afastados sem ônus para o Estado;

II – até a concessão da pensão, o dependente do assistido falecido.

§ 1º O recolhimento dos valores de que trata este artigo é efetuado por meio de depósito bancário identificado ou boleto bancário.

§ 2º O ingresso do titular na inatividade não implica em nova adesão ao Plano.

Art. 42. Concedida a pensão, a Unidade Gestora promoverá a:

I – exclusão do plano dos não beneficiados com a pensão;

II – inclusão em folha da contribuição dos pensionistas em condições de permanecerem no plano da qualidade de titulares.